**DOTACJA FUNDACJI DKMS 2023**

**WNIOSEK O DOTACJĘ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE** | | | | | | | | | |
| **1. Pełna nazwa Wnioskodawcy** | | **Fundacja „Tęcza”** | | | | | | | |
| **2. Pełny adres Wnioskodawcy (do wpisania do umowy)** | | Miejscowość, ulica, nr lokalu, kod:  **Adres rejestrowy fundacji, można dopisać adres do korespondencji, jeśli jest inny** | | | | | | | |
| **3. Strona www organizacji i linki do kont w mediach społecznościowych (jeśli dotyczy)** | | * Strona www organizacji (link): [www.fundacjatecza.pl](http://www.fundacjatecza.pl) *(lub wpisać, że brak, jeśli nie ma strony www)* * Profil na FB (link): *idealnie jeśli będzie nazwa profilu na FB, np. Fundacja Tęcza, jak też link do niego* * Inne kanały (Instagram, Twitter – linki):   Instagram: @FundacjaTecza + link  Twitter: Fundacja\_Tecza + link | | | | | | | |
| **4. NIP** | | *Jeśli organizacja posiada NIP, jeśli nie, to wpisujemy, że brak* | | | | | | | |
| **5. Nr i nazwa rejestru, w którym figuruje Wnioskodawca** (np. KRS lub inny odpowiedni, rejestr stowarzyszeń etc.) | | * **Fundacja wpisana przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego do Rejestru …. pod numerem KRS….**     [X] Statut naszej organizacji został załączony do wniosku. | | | | | | | |
| **6. Nazwa banku, numer konta i SWIFT Code organizacji Wnioskodawcy** (na który zostanie przelana kwota Dotacji) | | * Nazwa banku: **mBank** * Numer konta: **05 3344 9900 ….** * SWIFT Code banku: **BREXPLPWMBK** | | | | | | | |
| **7. Reprezentacja – osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy – imię, nazwisko i stanowisko** (do wpisania do umowy) | | * Imię, nazwisko i stanowisko: **Anna Kowalska, Prezes Fundacji**   przy kontrasygnacie:   * Imię, nazwisko i stanowisko: **Jan Nowak, Skarbnik Fundacji** | | | | | | | |
| **8. Imię i nazwisko koordynatora Projektu** | | **Monika Bębnowska, specjalistka ds. fundraisingu** | | | | | | | |
| **9. Adres e-mail koordynatora Projektu** | | **monika.bebnowska@first-aid.com.pl** | | | | | | | |
| **10. Telefon komórkowy do koordynatora Projektu** | | **502 053 468** | | | | | | | |
| **INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | |
| **1. Tytuł Projektu** | | Adaptacja pomieszczenia na oddziale hematologii na gabinet dla psychologa i dodatkowe dyżury psychologa w godzinach popołudniowych | | | | | | | |
| **2. Opis Projektu**  (*prosimy o opisanie w punktach)* | | 2.a) Główna idea i cel Projektu: (***do 600 znaków ze spacjami,*** *w punktach****)***   * **Wyremontowanie i wyposażenie gabinetu dla psychologa** na oddziale, aby poprawić komfort pracy zarówno specjalisty jak i wizyt pacjentów * **Zatrudnienie dodatkowego psychologa**, który będzie mógł pełnić dyżury po południu, 2 razy w tygodniu przez pół roku | | | | | | | |
| 2.b) Potrzeby i wyzwania oraz jaki problem ma rozwiązać planowany Projekt: (***do 500 znaków ze spacjami,*** *w punktach****)***   * do tej pory psycholog korzystał gościnnie z gabinetu pielęgniarek lub odbywał spotkania z pacjentami przy ich łóżku, co nie było komfortowe dla żadnej ze stron, nie zapewniało atmosfery do poufności i spokoju podczas wizyty * przydzielone przez szpital pomieszczenie jest zaniedbane, wymaga gruntownego remontu * potrzebny także będzie zakup wyposażenia do nowego gabinetu, aby pacjenci mieli komfortowe warunki do porady, a specjalista do pracy * widzimy także potrzebę zatrudnienia dodatkowego psychologa, który mógłby przyjmować popołudniami, kiedy na oddziale jest już spokojniej, a rodzice dzieci są po pracy – chcemy pilotażowo zatrudnić specjalistę na pół roku, by był dostępny przez 2 dni w tygodniu po 3h | | | | | | | |
| 2.c) Miejsce realizacji Projektu: *(jeśli dotyczy - dokładny adres, ewentualne wskazanie placówki/instytucji):*  **Oddział hematologii dziecięcej w Szpitalu w Warszawie, ul. Gdańska …** | | | | | | | |
| 2.d) Beneficjenci Projektu: *(prosimy opisać grupy, które będą korzystać z efektów Projektu, w tym odbiorcy pośredni i bezpośredni)*   * Dzieci przebywające na oddziale szpitalnym – 20 dzieci (stan na kwiecień 2023) i ich bliscy * Dzieci po przeszczepie, przyjeżdżające do szpitala na kontrole – 10 dzieci (stan na kwiecień 2023) i ich bliscy | | | | | | | |
| 2.e) Opis korzyści dla Beneficjentów Projektu – jak Projekt przełoży się na Pacjentów hematologicznych, ich Bliskich: *(konkretnie, w punktach):*   * Gabinet z prawdziwego zdarzenia, gdzie specjalista będzie mógł przyjmować pacjentów, zapewniając im komfort podczas konsultacji i terapii * Dodatkowe godziny na konsultacje i terapię psychologiczną dla tych pacjentów, którzy wymagają częstszych wizyt u psychologa * Objęcie opieką także rodziców i bliskich pacjentów – do tej pory ze względu na ograniczony czas specjalisty na oddziale i brak gabinetu, tego typu konsultacje były ograniczone do absolutnego minimum | | | | | | | |
| 2.f) Szacowana liczba beneficjentów Projektu: 30 dzieci (jak w pkt. 2d) oraz ich rodzice/opiekunowie – w sumie ok. 50 osób | | | | | | | |
| 2.g) Plan działań – co będzie zrobione, w jaki sposób będzie rozwiązany problem z pkt 2.b) powyżej:   * Uprzątnięcie pomieszczenia na gabinet i przygotowanie go do remontu * Znalezienie ekipy remontowej i przeprowadzenie remontu * Zakup wyposażenia do gabinetu (biurko, krzesło obrotowe, 2 wygodne fotele, mały stolik, mała kanapa, regał na książki, dywan, pomoce do terapii wg. wskazania specjalisty * Urządzenie gabinetu i poinformowanie na oddziale – personel medyczny, pacjentów i ich bliskich, od kiedy konsultacje będą się odbywały już w nowym gabinecie * Znalezienie dodatkowego psychologa i podpisanie z nim umowy współpracy * Przygotowanie grafika przyjęć z kontaktem, gdzie i jak można się zapisać na konsultacje i wywieszenie tych informacji w pobliżu gabinetu i na tablicy informacyjnej na oddziale oraz rozesłanie mailem do wszystkich opiekunów pacjentów * Poinformowanie o działaniu nowego gabinetu i o dodatkowych dyżurach na stronie www Fundacji, na jej profilach w kanałach społecznościowych oraz wysłanie informacji prasowej ze zdjęciami do lokalnych mediów (prasa i internet) | | | | | | | |
| 2.h) Ramowy harmonogram Projektu – stanowi załącznik do wniosku.  [X] Tak, harmonogram został załączony do wniosku. | | | | | | | |
| 2.i) Partnerzy Projektu: (*tylko jeśli są planowani*)   * **Szpital w Warszawie, ul. Gdańska … -** możliwy wkład finansowy w remont pomieszczenia (np. opłata za wyremontowanie, a Fundacja sprzęt; wtedy ten koszt można przeznaczyć na dyżur psychologa) | | | | | | | |
| **PROPOZYCJA ŚWIADCZEŃ NA RZECZ FUNDACJI DKMS** | | | | | | | | | |
| **3. Prosimy opisać,  w jaki sposób będą Państwo informować o realizacji Projektu?** *(prosimy opisać planowane działania promocyjne)* | | 3.a) Narzędzia i kanały komunikacji prowadzone samodzielnie – np. strony www. profile w mediach społecznościowych – jaka forma informacji (np. post, ile razy i kiedy, filmik etc.):   * Strona www: przepisujemy to co było w pkt. 3 powyżej * Profil na FB: * Profil na … * Inne:   /każda organizacja, której zostanie przyznana Dotacja, otrzyma manual oraz wytyczne do komunikacji, które będą także zapisane w umowie – ważne by potem te świadczenia zrealizować i ująć je w sprawozaniu/ | | | | | | | |
| 3.b) Narzędzia i kanały komunikacji prowadzone zewnętrznie, we współpracy (np. wysłanie informacji prasowej do lokalnych mediów, zamieszczenie informacji na stronie www samorządu lokalnego, etc.):   * Strona www: **np. strona www szpitala** * Profil na FB: **profil szpitala lub oddziału hematologii, jeśli jest** * Profil na … * Lokalne/regionalne medium (link do portalu): tutaj można wpisać tytuły lokalnych mediów, np. **Gazeta Żoliborza, naszzoliborz.com.pl** … * Inne: **tablica informacyjna na oddziale hematologii** | | | | | | | |
| **RAMOWY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | |
|  | **Działanie – etapy prac**  *(np. nawiązanie współpracy z psychoonkologiem, przygotowanie materiałów edukacyjnych – opracowanie merytoryczne, druk; zorganizowanie warsztatów etc.)* | | | **Pozycja budżetowa**  *(np. jeśli przygotowanie materiałów, to proszę wymienić jakie, jeśli wynagrodzenie, to dla kogo i za jaką pracę, itp.)* | | **Źródło finansowania:**  **Dotacja / środki własne** | **Źródło finansowania  z innych źródeł**  *(kwota i nazwa źródła)* | **Łącznie kwota brutto** |
| 1. | Adaptacja pomieszczenia na gabinet psychologa | | | Uprzątnięcie pomieszczenia, prace remontowe wynajętej ekipy | | dotacja | - (lub ze środków Szpitala) | 5.000 |
| 2. | Zakup materiałów do remontu | | | Farba, listwy, wykładzina … | | dotacja | - | 1.000 |
| 3. | Zakup wyposażenia gabinetu | | | Biurko, fotel obrotowy, dywan, 2 fotele, mały stolik, regał na książki | | dotacja | - | 8.000 |
| 4. | Zakup pomocy do terapii | | | Zabawki, gry, … | | dotacja | - | 1.500 |
| 5. | Wynagrodzenie psychologa | | | Umowa- zlecenie na okres 6 miesięcy, 2 dni w tygodniu po 3h | | dotacja |  | 6.000 |
| 6. | Obsługa administracyjna projektu | | | Wynagrodzenie dla pracownika fundacji – umowa o pracę | | Środki własne | 2.500 – z budżetu Fundacji |  |
| **PODSUMOWANIE ZBIORCZE KOSZTÓW** | | | | | | | | | |
| **Kwota finansowana z Dotacji:**  **21.500** | | | **Wkład własny (brutto)** *(opcjonalnie, jeśli dotyczy)*  2.500 | | **Całkowity koszt Projektu (brutto):**  24.000 | | | | |
| **ADMINISTRACJA DANYMI I RODO** | | | | | | | | | |
| **Akceptacja Regulaminu Dotacji Fundacji DKMS** | | Zapoznałem się z treścią Regulaminu Dotacji Fundacji DKMS i akceptuję jego treść. | | | | | | | |

Kwalifikowany podpis elektroniczny lub własnoręczny podpis Koordynatora Projektu:

w przypadku odręcznego podpisu – potrzebny skan dokumentu w PDF, wszystkie strony w jednym pliku

Data i miejsce (w przypadku podpisu własnoręcznego):

**Klauzula informacyjna dla przedstawicieli Wnioskodawcy zgłaszającego się do Dotacji Fundacji DKMS:**

1. Wszelkie dane osobowe przetwarzane w ramach Dotacji Fundacji DKMS będą przetwarzane przez Fundację zgodnie z obowiązującymi w zakresie ochrony danych osobowych przepisami prawa, w szczególności zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „**RODO**”).
2. Administratorem danych osobowych przedstawicieli Wnioskodawców jest Fundacja DKMS z siedzibą w Warszawie, ul. Altowa 6/9, 02-386 Warszawa (dalej „**Administrator**”).
3. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można skontaktować się z Administratorem wysyłając mail na adres e-mail: kontakt@dkms.pl lub poprzez dane kontaktowe wskazane powyżej, bądź przez inspektora ochrony danych e-mail: iodo@dkms.pl, telefon: +48 22 882 94 00 z dopiskiem „inspektor ochrony danych”.
4. Dane osobowe przedstawicieli Wnioskodawców przetwarzane są w związku z ubieganiem się Wnioskodawcy o Dotację, w następujących celach:
5. realizacji uzasadnionego interesu Administratora w postaci nawiązania relacji i komunikacji pomiędzy Administratorem a Wnioskodawcą, w związku ze złożonym Wnioskiem o Dotację – art. 6 ust. 1 lit. f RODO,
6. realizacji uzasadnionego interesu Administratora w postaci rozpoznawania ewentualnych reklamacji, obrony przed i dochodzenia ewentualnych roszczeń – art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
7. Administrator będzie przetwarzał takie dane przedstawicieli Wnioskodawców jak: imię i nazwisko, adres e-mail, telefon kontaktowy, stanowisko i miejsce pracy (innych świadczeń) przez przedstawiciela Wnioskodawcy, podpis.
8. Odbiorcami danych osobowych będzie Administrator oraz inne podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych, w tym:
9. agencje marketingowe i public relations działające na zlecenie Administratora,
10. dostawcy usług IT,
11. podmioty świadczące usługi przechowywania i archiwizacji,
12. podmioty świadczące usługi niszczenia dokumentacji oraz nośników danych,
13. podmioty świadczące obsługę rachunkową.

W uzasadnionych przypadkach dane mogą być także przekazywane doradcom i kancelariom prawnych, a także podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską.

Ponadto, Administrator zastrzega sobie prawo ujawnienia wybranych informacji właściwym organom (np. urzędom, sądom, komornikom i innym instytucjom) bądź osobom trzecim, które zgłoszą żądanie udzielenia takich informacji, opierając się na odpowiedniej podstawie prawnej oraz zgodnie z przepisami obowiązującego prawa.

Dane osobowe nie będą przekazywane do organizacji międzynarodowych ani odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

1. Dane przechowywane będą przez okres niezbędny do rozpatrzenia Wniosków o Dotację i poinformowania Wnioskodawców o otrzymaniu lub nieotrzymaniu Dotacji, nie dłużej jednak niż do czasu przedawnienia roszczeń.
2. Dane osobowe będą pozyskiwane od Wnioskodawcy lub bezpośrednio od przedstawicieli Wnioskodawcy.
3. Przedstawicielom Wnioskodawców przysługują prawa do:
4. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
5. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania oraz przenoszenia danych,
6. wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
7. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, lecz jest niezbędne do złożenia przez Wnioskodawcę Wniosku o Dotację i wzięcia udziału w Dotacji Fundacji DKMS. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału Wnioskodawcy w Dotacji Fundacji DKMS.
8. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani nie będą profilowane.
9. Wszelkie informacje dotyczące przetwarzania przez Fundację danych osobowych zawiera polityka prywatności Fundacji dostępna na stronie <https://www.dkms.pl/polityka-prywatnosci>. Wnioskodawca jest zobowiązany do zapoznania z niniejszymi informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych wszelkich osób, które będą włączone po jego stronie w złożenie Wniosku o Dotację i kontakt z Administratorem w tej sprawie.